127

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 janvier 1910, à 1 heure

Par M. André LENIEF

Né à Saulieu le 31 janvier 1883

DU

THROMBUS SUPERFICIEL ET PÉDICULÉ DU VAGIN

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, *professeur.*
Juges: MM. BAR, *professeur.*
DEMELIN, BRINDEAU, *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

36808.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.

Professeurs ..... MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	MARIE (Pierre).
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	QUENU. RECLUS. SEGOND. DELBET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNÉO.	LAUNOIS.	NOBÉCOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECÈNE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBÉ.	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE DOCTEUR L. FUNCK-BRENTANO

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX
ASSISTANT DE LA MATERNITÉ DE SAINT-ANTOINE

AVANT-PROPOS

M. L. Funck-Brentano, accoucheur des hôpitaux, assistant de la maternité de Saint-Antoine, eut l'occasion d'observer dans le service de M. Doléris une tumeur très rare et à laquelle on donne actuellement le nom de thrombus superficiel et pédiculé du vagin.

Après avoir extirpé cet hématome, il en fit faire l'examen par M. le Dr Durante. Le microscope révéla des faits qui jetèrent une lumière nouvelle sur la pathogénie de cette affection.

M. L. Funck-Brentano rechercha alors dans la littérature médicale les cas déjà observés, et aux huit observations déjà relatées par Tarnier, il put en ajouter cinq, ce qui avec son observation personnelle, deux cas qui lui ont été communiqués l'un par M. Brindeau, l'autre par Mme Darcanne-Mouroux et un second cas qu'il a observé récemment et qui était encore inédit, en porte le nombre à 17.

Pensant qu'il serait très intéressant de réunir tous les cas dans une même publication et d'exposer ensuite toutes les théories émises sur la formation de cette tumeur, M. Funck-Brentano a bien voulu nous confier ce travail en nous conseillant de faire de notre côté de nouvelles recherches. Mais ces recherches, faites par nous avec le plus grand soin dans la littérature médicale française et étrangère, ont été infructueuses.

Nous le remercions d'avoir pensé à nous pour l'élaboration de ce travail qu'il nous a inspiré, pour le concours qu'il nous a prêté, et pour son amabilité que nous avons si souvent mise à l'épreuve.

Avant d'aborder l'historique de cette question, nous adressons nos remerciements à M. Ribemont-Dessaignes, professeur de clinique d'accouchements à l'hôpital Beaujon, pour le grand honneur qu'il nous fait de bien vouloir présider notre thèse.

HISTORIQUE

C'est de l'année 1876 que date la description du premier thrombus pédiculé. Mais son observation étant sans précédent, Fehling (1) s'est borné à exposer ce qu'il avait vu sans émettre d'hypothèse sur la pathogénie de cette affection. La seconde observation qui date de l'année suivante fut recueillie par Johannovsky (2) ; elle compte comme une des plus intéressantes dans l'histoire du thrombus superficiel et pédiculé du vagin, car (ainsi que nous le verrons par la suite) c'est sur elle que se basera Budin pour chercher la cause de cette affection dans une soudure incomplète des canaux de Müller. Cette observation est décrite sous le nom d'hématome d'un septum rudimentaire du vagin chez une femme enceinte de cinq mois.

La troisième qui date de 1804 est due à Anderson (3). Fleischmann (4) en 1885 observe un autre cas de thrombus pédiculé ; puis Budin (5) en 1886, a l'occasion de voir une de ces tumeurs. Il en prend une observation détaillée et très complète, fait une leçon à ce propos et émet pour la première fois une théorie pathogénique, rattachant

(1) Fehling, *Arch. f. Gynaek.*, Bd. X, 1876, p. 193.
(2) Johannovsky, *Arch. f. Gynaek.*, Bd. XI, 1877, p. 376.
(3) Anderson, *Hygiea,* Stockholm, 1884.
(4) Fleischmann, *Prager med. Wochenschrift*, 1886.
(5) Budin, *Progrès médical*, 1887, 2e série, t. V, p. 437 et *Femmes en couches et nouveau-nés*, 1897, p. 13.

cet accident à une malformation vaginale ou plutôt à une formation incomplète de la cloison recto-vaginale. Cette théorie qui a eu d'ailleurs quelques partisans, a été combattue et battue en brèche par MM. Queirel et Funck-Brentano qui lui reprochent de ne pas cadrer avec les théories embryologiques connues sur la formation des organes génitaux externes.

Puis Grosser (1) (1889) ajouta une nouvelle observation à celles déjà connues. Auvard (2) eut l'occasion en 1890 de voir un autre cas de cette affection et se rallia à la théorie pathogénique de son maître Budin. Tarnier (3) et Justo (4) (1892) observèrent chacun un cas de cette tumeur. Queirel (5), en 1895, reçut dans son service une malade qui, à la suite d'un coït assez impétueux, éprouva une violente douleur dans le bas-ventre et s'aperçut de l'apparition brusque d'une tumeur ; elle crut à un avortement, c'était un thrombus pédiculé. Dans une leçon qu'il fit au sujet de cette malade, il critiqua la théorie de Budin qu'il ne trouva pas conforme à la vérité embryologique.

Schachmann (6) ensuite en 1897, Gilles (7) en 1907 recueillirent chacun une observation de thrombus.

M. Funck-Brentano (8), le 11 janvier 1909, communique

(1) Grosser, *Ueber Vaginalhaematom.* Thèse de Halle. a S., 1889.

(2) Auvard, *Archives de Tocologie*, 1890, p. 789.

(3) Tarnier, *Traité de l'art des accouchements*, 1898, t. III, p. 680.

(4) Justo, *Annales del circulo Medico Argentino*, Buenos-Ayres, février 1892.

(5) Queirel, *Annales de gynécologie*, 1895, t. XLIII, p. 224.

(6) Schachmann, *Le trombus de vagin chez les femmes enceintes*, Thèse de Paris, 1898, p. 74.

(7) Gilles, *Revue pratique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, février 1907, p. 62.

(8) Funck-Brentano. *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris*, t. XI, séance du 11 janvier 1909.

à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris le cas par lui observé à la maternité de Saint-Antoine dans le service de M. Doléris. Le thrombus sectionné et livré à M. Durante fut examiné microscopiquement. Son examen histologique permit à M. Funck Brentano d'émettre une idée nouvelle sur la pathogénie de cette tumeur et lui fournit des armes pour combattre la théorie de Budin.

M. Brindeau (1) observa un cas intéressant parce qu'à l'encontre des autres il se produisit, ou du moins parce qu'il fut remarqué seulement après l'accouchement.

Mme Darcanne-Mouroux (2) vit un de ces thrombus chez une IVpare ; ce cas fut le dernier publié.

Enfin une observation inédite nous a été remise par M. Funck-Brentano, nous la publierons à la suite des autres.

Cette thèse, nous l'avons dit, est surtout destinée à rassembler toutes les observations de thrombus superficiels et pédiculés du vagin. Nous ferons donc l'exposé des observations, nous réservant de faire ensuite l'étude de cette tumeur, de faire connaître les différentes idées émises sur son mode de formation et de voir si parmi elles il en est que nous devons rejeter.

Le lecteur s'étonnera peut-être de trouver à la tête de ces observations, pour lesquelles nous adoptons l'ordre chronologique, celle de M. L. Funck-Brentano. Nous

(1) Brindeau, *Comptes rendus de la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*, t. XI, janvier 1909, p. 9.

(2) Darcanne-Mouroux, *Comptes rendus de la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*, t. XI, avril-mai 1909, p. 109.

avons agi ainsi pour deux raisons. D'une part, parce que ce cas a été le point de départ de notre thèse, d'autre part, parce qu'il est celui dont on peut tirer le plus d'enseignements puisqu'il se rapporte à l'unique examen histologique de thrombus superficiel et pédiculé du vagin.

OBSERVATIONS

Observation I. — M. L. Funck-Brentano.

Il s'agit d'une primipare de 22 ans, domestique, dans les antécédents de laquelle on ne trouve rien de particulier. Elle a marché à un an, a été réglée à 15 ans 1/2 et toujours régulièrement.

Enceinte pour la première fois, ses règles remontent au 27-29 février 1908. La grossesse évolue d'une façon absolument normale. Voyant le terme approcher, la femme vient, le 14 novembre, se faire examiner à la maternité de Saint-Antoine. Elle est vue par mon ami Dubrisay qui pratique le toucher et ne constate rien d'anormal. L'enfant se présente par l'extrémité céphalique, dos à gauche.

Elle rentre chez ses patrons et reprend son service. Le 20 *novembre,* dans la matinée, comme elle cherchait, étant accroupie, à soulever le pied d'une lourde table, pour dégager le coin d'un tapis, elle sentit, au moment de l'effort, quelque chose sortir au niveau de la vulve. Y portant la main, elle constata l'existence d'une grosseur et ramena ses doigts tachés de sang. La femme n'avait ressenti aucune douleur, mais la concierge, appelée en consultation, ayant déclaré que c'était la tête de l'enfant que l'on voyait, on conduisit la femme à Saint-Antoine où elle entra à une heure de l'après-midi.

Je l'ai vue le lendemain 21 novembre à 9 h. 1/2 du matin. La vulve est entr'ouverte et laisse voir une tumeur dont la coloration est d'un rouge sombre, avec, par places, des taches noires. On dirait une anse intestinale étranglée. La surface lisse et convexe de cette tumeur fait au dehors une saillie de 1 à 2 centimètres. Elle est indolore à la pression, d'une consistance assez ferme, rappelant celle du rein.

En pratiquant le toucher, on constate que la forme et les dimensions de cette tumeur sont à peu près celles d'un œuf de poule. Cette tumeur est pédiculée et reliée par un court méso à la colonne postérieure du vagin. L'insertion de ce méso se fait sur la ligne médiane et sur une étendue d'environ 4 centimètres, descendant en bas jusqu'à 2 centimètres de la fourchette. La surface de la tumeur laisse suinter par place un peu de sang tachant les doigts qui la touchent.

Il ne peut y avoir de doute, il s'agit d'un thrombus superficiel et pédiculé du vagin.

Il est facile de faire rentrer ce thrombus dans le vagin. Il n'est plus visible alors de l'extérieur, mais en faisant pousser la femme, on le voit ressortir, entraînant derrière lui la paroi vaginale postérieure et produisant ainsi un certain degré de rectocèle. En effet en pratiquant le toucher rectal, il est facile de constater l'existence de cette rectocèle. Il y a en avant de l'anus un cul-de-sac, profond de plusieurs centimètres, dans lequel on peut faire pénétrer le doigt recourbé en crochet. Ce cul-de-sac s'effaceet disparaît entièrement quand on fait rentrer le thrombus dans le vagin.

La rectocèle s'exagère, au contraire, quand on attire le thrombus au dehors comme je le fais sur la figure reproduite ici (fig. 1) et que je dois à l'obligeance de M. le Dr Leray, chef du laboratoire central de radiographie de l'hôpital Saint-Antoine. Tout en attirant la tumeur au dehors, je l'ai portée à droite, pour que l'on puisse se rendre exactement compte de sa forme et que l'on puisse également voir le méso qui le rattache à la paroi postérieure du vagin.

Cette femme présentait des varices au niveau des membres inférieurs. Ces varices étaient plus accusées au niveau de la jambe gauche et existaient aussi au niveau de la vulve. Là également, elles étaient plus développées à gauche, siégeant sur toute l'étendue de la grande lèvre correspondante.

Depuis le 14 *novembre*, jour où cette femme a été examinée et où l'on n'a rien trouvé de particulier par le toucher, jusqu'au 20,

il ne s'est absolument rien produit qui puisse expliquer l'apparition de ce thrombus. Cette femme ne se faisait pas d'injections vaginales. Quant aux rapports, il n'y en aurait pas eu, la femme est absolument affirmative sur ce point. Son dernier rapport re-

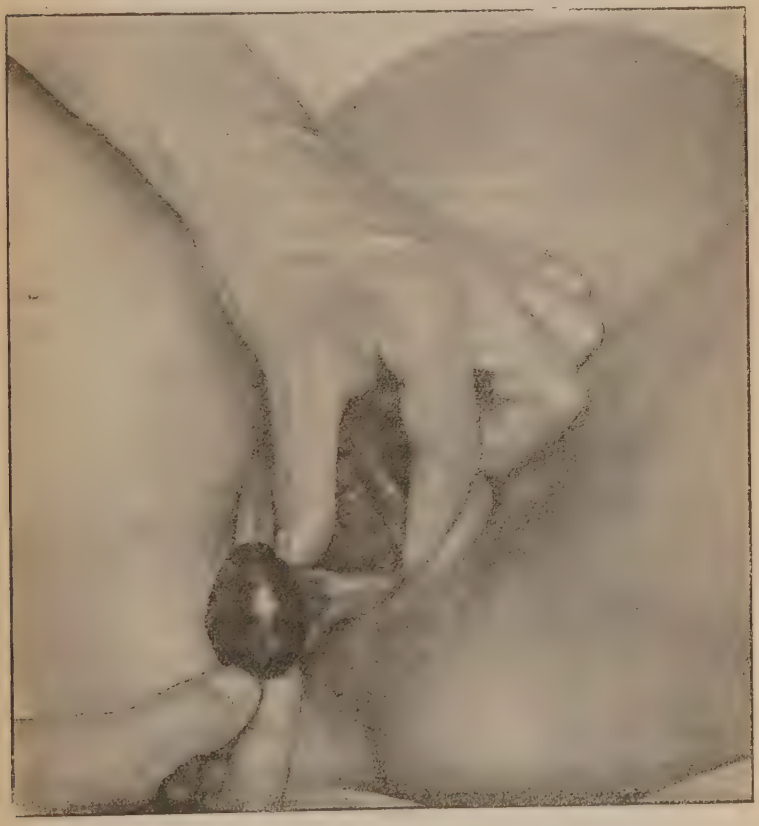

Fig. 1. — Thrombus superficiel et pédiculé du vagin.

monterait même au 15 avril, époque à partir de laquelle son amant, la sachant enceinte, l'aurait complètement abandonnée.

Dans la crainte de voir s'infecter cette masse sanguine, et devant l'extrême facilité que présentait son ablation, je me décidai à intervenir.

Ayant l'intention d'énucléer la masse sanguine et de suturer après avoir réséqué une partie de la poche, je fis d'abord une section médiane et antéro-postérieure. La tumeur semblait consister en un bloc de sang noir entouré par une paroi d'une excessive minceur. Cette paroi, à laquelle s'appliquerait mieux l'expression de pelure que celle de coque, faisait même défaut par endroits. Les points où la masse sanguine était directement en rapport avec l'air extérieur correspondaient aux taches noires que l'on voyait à sa surface. Toute décortication était impossible, et j'enlevai successivement les deux moitiés du thrombus en sectionnant le méso au ras de la tumeur.

Au cours de cette petite intervention, il ne s'est pour ainsi dire pas écoulé de sang, sauf à la partie tout à fait supérieure. Mon bistouri ayant pénétré en ce point un peu plus profondément dans la paroi vaginale, une artériole minuscule se mit à donner qui fut liée au catgut. La section achevée et la paroi vaginale débarrassée des caillots provenant du thrombus, la surface correspondant à l'attache de ce dernier se présentait sous la forme d'un ovale très allongé d'avant en arrière. Il était manifeste que le vagin n'était dépourvu en ce point que de la partie superficielle de la muqueuse. Il ne pouvait être question de faire des sutures et je me contentai, comme pansement, de l'introduction dans le vagin d'une mèche de gaze iodoformée (Voir page 40 l'examen histologique du thrombus).

Les jours suivants on renouvela ce pansement matin et soir, en le faisant précéder d'une injection vaginale à l'eau oxygénée. La température et le pouls sont absolument normaux jusqu'à l'accouchement.

Le travail débute le 26 novembre, cinq jours après mon intervention. A 3 h. 1/4 de l'après-midi, quand la femme entre à la salle d'accouchement, la dilatation est de deux francs. A 4 h. 5 cette dilatation est complète. Dix minutes après, l'accouchement se termine spontanément par la naissance d'un enfant du sexe féminin pesant 3.220 grammes, et sans déterminer de lésions appréciables, ni au niveau du vagin, ni au niveau de la vulve et du périnée.

La délivrance est faite par extraction simple au bout de quarante-cinq minutes (poids du placenta 530 grammes, membranes complètes mesurant 35/15).

Une heure après l'accouchement, la température est de 38°6. Elle se maintient au-dessus de la normale pendant quelques jours. On fait deux injections intra-utérines, puis des injections vaginales répétées plusieurs fois par 24 heures et toujours suivies d'un pansement vaginal à la gaze iodoformée. Localement les choses vont tout à fait bien et ont très bon aspect. Bientôt il faut y regarder de près pour retrouver, sur la paroi vaginale postérieure, l'endroit où se faisait l'insertion du thrombus.

Observation II. — Fehling.

Primipare, 23 ans, bien portante habituellement jusqu'à il y a un mois ; la grossesse a eu une évolution normale. A cette époque la malade eut une hémorragie de courte durée.

Un mois après, le 15 décembre 1875, sans cause appréciable, nouvelle hémorragie augmentant le lendemain.

A l'examen on trouve la fente vulvaire distendue par une tumeur dure bosselée, de la grosseur d'une petite pomme. La surface en est couverte de caillots, sous lesquels il sourd encore du sang frais si on les enlève.

Au toucher, en glissant sur la tumeur, on arrive à la partie postérieure sur un pédicule de la grosseur du petit doigt, s'implantant dans la paroi vaginale postérieure, près de la fourchette.

La muqueuse du vagin passe sur ce pédicule normalement colorée à sa base, plus loin ecchymosée, déjà gangrenée à la partie supérieure de la tumeur.

Le toucher rectal montre que la muqueuse de la portion terminale de l'intestin, ainsi que le tissu cellulaire de la cloison recto-vaginale, sont libres. L'examen obstétrical donne : grossesse vers la fin du 9e mois ; tête en bas au détroit supérieur. La colonne vaginale antérieure est recouverte de veines variqueuses saillantes.

La réduction de la tumeur, douloureuse, n'est que temporaire.

J'entourai la tumeur avec de l'ouate au perchlorure de fer. Ceci arrêta l'hémorragie. Les jours suivants je saupoudrai avec de l'amidon salicylé ; deux injections par jour.

L'odeur et l'excrétion fétide diminuent rapidement. La tumeur diminue par élimination de débris : au bout de cinq jours, elle se retire dans le vagin. A la suite il y eut un léger œdème de la petite lèvre gauche. Pas de fièvre.

Le onzième jour, la tumeur était disparue, sauf une surélévation et un épaississement de la paroi vaginale postérieure à 5 centimètres de la fourchette.

Le 22 *janvier*, accouchement rapide d'un enfant à terme.

A la sortie de l'accouchée, au commencement de février, on sentait encore une légère induration à l'endroit indiqué.

Observation III. — Johannovsky.

Sous le nom « d'hématome d'un septum rudimentaire du vagin chez une femme enceinte de cinq mois ».

Josepha N..., domestique, célibataire, 23 ans, de Bohnovic. Depuis l'âge de 17 ans, règles abondantes, douloureuses, durant trois jours, revenant toutes les quatre semaines. Primipare arrivée au cinquième mois de sa grossesse, d'après les renseignements qu'elle fournit, renseignements confirmés par l'examen. A son entrée à l'hôpital elle raconte ce qui suit :

Il y a trois jours, elle monta jusqu'au troisième étage un panier très lourd rempli de charbon. Elle éprouva une sensation douloureuse, comme si quelque chose avait été poussé hors des organes génitaux, et elle commença à perdre beaucoup de sang. Une sage-femme consultée constata qu'une tumeur arrondie, noirâtre, sortait du vagin. Par le repos au lit cette tumeur rentra. L'écoulement sanguin persistant, la malade craignit un avortement et se présenta à la maternité, où le professeur Weber von Ebenhof l'adressa à la clinique de gynécologie.

Examen local. - Les organes génitaux externes sont normaux. L'hymen forme un cercle qui est déchiré en bas et à droite. En

écartant les grandes lèvres, on aperçoit à l'entrée du vagin une partie d'une tumeur qui est livide et brillante à la surface. On peut, avec le doigt, constater qu'elle distend nettement les parois du vagin, qu'elle est du volume d'un œuf de poule et qu'elle repose sur le sommet d'un septum charnu rudimentaire. Ce septum, qui sert de pédicule étroit et allongé à la tumeur, occupe les deux tiers inférieurs de la paroi postérieure du vagin. En avant, sur une hauteur qui égale environ la largeur du doigt, il fait une saillie en forme de crampon ; il s'aplanit peu à peu en se dirigeant en arrière. La tumeur paraît très friable au niveau de sa convexité et ses parois minces laissent voir par transparence le sang noir qui est coagulé dans sa cavité ; il y une masse sanguine de résistance élastique.

On fit le diagnostic d'hématome dans ce cas en se fondant sur ce qu'avait rapporté la malade, sur l'examen local et sur ce qui survint ultérieurement. Le lieu où se produisit l'hématome est remarquable ; c'était le bord supérieur mousse d'un septum rudimentaire du vagin.

Le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, la tumeur se rompit spontanément, des caillots sortirent, puis le reste de la tumeur se résorba.

En dehors du septum du vagin il n'existait aucune autre anomalie des organes génitaux. Cet hématome n'avait apporté aucun trouble au cours normal de la grossesse.

Observation IV. — Reich.

A l'examen de la malade, on trouve entre ses cuisses une tumeur arrondie de 10 centimètres de diamètre environ, qui s'implantait dans la paroi vaginale postérieure par un pédicule long de quinze et épais de deux centimètres.

La tumeur consistait en un sac dont la paroi se continuait directement avec le pédicule et la muqueuse du vagin. La poche était remplie de caillots. Ceux-si sont enlevés après ouverture du sac.

Un mois après, à la naissance de deux jumeaux, on ne sent qu'une petite cicatrice sur la paroi vaginale postérieure.

Observation V. — Anderson.

Femme âgée de 22 ans, enceinte de sept mois.

Les organes génitaux externes et les membres inférieurs couverts de varices.

Il existe une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, suspendue par un pédicule de cinq centimètres de long à la paroi vaginale postérieure sur la ligne médiane, immédiatement derrière l'entrée du vagin.

Sur la paroi rectale antérieure, à un point correspondant à la tumeur, on sent une petite dépression.

La cause occasionnelle est une fatigue.

Observation VI. — Fleischmann.

Le 28 décembre 1885, on reçoit à la clinique obstétricale du professeur Breisky, la primipare Marie L..., âgée de 20 ans.

Elle prétend que, depuis environ trois semaines, une tumeur sortait de ses organes génitaux, et qu'à ces moments elle perdait du sang. Elle ne peut indiquer de cause à cette affection.

A l'examen de la malade on trouve : femme robuste bien constituée. Les dimensions de l'utérus indiquent une grossesse au début du neuvième mois. Le fœtus vivant se présente par son sommet qui est engagé.

Ses grandes lèvres sont volumineuses, couvertes de veines variqueuses. Le rebord de l'hymen présente des encoches peu profondes. Il est large et charnu du côté gauche et en arrière.

De la vulve bâillante sort une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, arrondie, de couleur bleu noirâtre.

Cette tumeur s'implante par un large pédicule sur les deux quarts moyens de la colonne postérieure du vagin, qui est très proéminente dans toute sa longueur.

La muqueuse vaginale passe sur le pédicule et sur la tumeur, présentant à la base du premier sa coloration normale pendant la grossesse.

Sur quelques points de la tumeur, bien limités, la muqueuse fait défaut ; sur d'autres elle est de coloration gris blanchâtre. Si on touche la tumeur, il sourd au niveau des parties dénudées quelques gouttes de sang très foncé. La consistance de la tumeur est assez dure, élastique. La pression ne provoque aucune sensation douloureuse.

Rien d'anormal sur la paroi antérieure du vagin et dans la cloison recto-vaginale.

Il s'agissait évidemment d'un hématome du vagin, dont l'enveloppe muqueuse était partiellement nécrosée :

Traitement. — Repos au lit, pansement iodoformé. La tumeur diminue et se retire assez rapidement dans le vagin, tandis que la muqueuse qui la recouvrait s'élimine pour la plus grande partie.

Le 8 *janvier*, la tumeur avait disparu. Il ne persistait plus que la surélévation due à la colonne postérieure du vagin, sur laquelle on voyait une perte de substance bien limitée, linéaire. Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, la malade n'a pas eu d'ascension thermique.

Le 20 *février*, la cicatrisation était complète.

Le même jour la mère accouche d'un enfant pesant 2.720 grammes.

L'acouchement a été facile. Il n'y a que quelques éraillures de la fourchette.

Le 1er *mars*, à la sortie de l'accouchée, il ne persiste qu'une cicatrice longue de cinq centimètres, un peu irrégulière.

Observation VII. — Budin.

Le 24 *mai* 1886 se présentait à notre consultation de la Charité une jeune femme, Marie B..., âgée de 24 ans, domestique, qui se plaignait de perdre par les organes génitaux une certaine quantité de liquide sanguinolent.

Cette femme primipare, habituellement bien réglée, avait eu sa dernière époque menstruelle le 24 septembre 1885. Elle se considérait comme étant enceinte de 7 mois et demi environ. Sauf quelques vomissements au début, sa grossesse n'avait rien présenté de particulier. Comme antécédents, on ne relève qu'une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui a nécessité un séjour de six semaines à l'hôpital ; des ventouses scarifiées ont été, à cette époque, appliquées sur la région précordiale ; il y a depuis un peu d'essoufflement et des battements de cœur quand la malade se fatigue ou fait des efforts, mais à l'auscultation on n'entend aucun souffle, le premier bruit du cœur semble seulement un peu moins net qu'à l'état normal.

Le 23 *mai*, dans la matinée, la malade éprouve quelques douleurs dans les reins et l'abdomen : ces douleurs sont intermittentes et assez peu marquées, de sorte qu'elle continue à faire son ménage et à vaquer à ses occupations.

A 2 heures de l'après-midi, elle se sent subitement mouillée ; elle rentre chez elle et constate qu'elle perd de l'eau roussâtre ; ce liquide est en quantité assez abondante pour imprégner sa chemise et mouiller ses bas. Elle s'aperçoit en même temps qu'il existe une petite tumeur au niveau des organes génitaux externes, tumeur qui est d'apparition toute récente.

Craignant d'accoucher prématurément, elle se met sur un lit et l'écoulement diminue d'une façon notable, mais il devient plus rouge. Bientôt il n'y a plus qu'un simple suintement qui persiste pendant toute la soirée et toute la nuit ; il est à peine apparent quand la malade se présente le 24 au matin à la Charité.

A l'examen, nous constatons qu'il existe une grossesse de sept mois et demi environ, l'enfant se présente par le sommet en position occipito-iliaque droite, la tête n'est pas engagée. Il n'y a ni œdème, ni varices des membres inférieurs ; au niveau des organes génitaux on trouve seulement deux veines un peu plus dilatées que normalement dans le sillon qui sépare la petite lèvre de la grande lèvre du côté droit,

A travers la vulve fait saillie une tumeur arrondie, noirâtre qui vient de la cavité vaginale ; sa consistance un peu pâteuse est assez résistante ; à sa surface il y a des plis et des rides. On peut repousser dans la cavité du vagin cette tumeur qui a le volume d'un petit œuf de poule. On constate alors qu'elle va s'insérer sur la paroi postérieure du canal. L'insertion commence en bas à 2 centimètres en arrière de l'origine vaginal et se continue suivant une ligne occupant le *milieu* de la paroi postérieure du vagin ; elle s'étend de bas en haut jusqu'à 3 centimètres environ du col de l'utérus.

La tumeur présente donc une extrémité arrondie hémisphérique en bas, puis elle devient presque cylindrique. Elle est rattachée à la paroi vaginale postérieure par un véritable pédicule longitudinal qui existe sur toute la hauteur. Dans sa portion la plus large, la tumeur paraît avoir de 2 centimètres à deux centimètres et demi environ ; au niveau de son insertion, le pédicule n'a guère plus de 5 millimètres de largeur, aussi peut-on imprimer à la tumeur de légers mouvements de latéralité.

Par le toucher rectal on ne constate rien d'anormal, la paroi intérieure de l'intestin est lisse et régulière ; elle n'est ni refoulée ni soulevée par la tumeur ; il faut appuyer fortement avec le doigt pour sentir la tumeur vaginale, celle-ci ne fait saillie dans le rectum qui si deux doigts introduits dans le vagin la refoulent d'avant en arrière.

En un mot, la tumeur ne siège pas dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, mais en avant de cette cloison. Les quelques douleurs sourdes qui existaient sont à peine augmentées par la pression.

Le 25 et le 26 *mai*, on constate que la tumeur diminue peu à peu de volume.l'écoulement séro-sanguinolent persiste,il devient moins rouge.

Le 27 mai il sort une substance noirâtre, demi-solide, grumeleuse, semblable à celle qui viendrait d'une collection sanguine, dont une partie du sérum aurait été résorbée. La tumeur diminue progressivement de volume ; de plus, son extrémité antérieure,

qui depuis le premier jour n'a plus de tendance à faire saillie au dehors, devient irrégulière, anfractueuse ; la surface semble s'être ulcérée.

Le 30 *mai*, les caractères ont considérablement changé : on dirait qu'il ne reste plus de la tumeur que son pédicule, à ce point qu'un candidat au Bureau central ayant pratiqué le toucher, se demande s'il n'existe pas une colonne postérieure du vagin épaissie, hypertrophiée, irrégulière. L'écoulement sanguinolent a disparu, la grossesse suit son cours sans présenter aucune particularité, et le 10 juillet Marie B... accouchait spontanément d'une fille qui pesait 3.320 grammes. Les suites de couches ont été absolument normales.

Tous les caractères présentés par la tumeur qui vient d'être décrite sont ceux d'un thrombus vaginal survenu pendant la grossesse, sans cause appréciable, car la malade n'avait fait aucun effort et n'avait eu aucun rapport sexuel.

Observation VIII. — Grosser.

Primipare de 20 ans. Dernières règles vers mi-juin 1889. Réglée à 14 ans, régulièrement pendant huit jours sans douleurs La quantité de sang perdue chaque fois est moyenne. Pas de maladie antérieure ; pas de troubles gravidiques. Depuis le mois de juillet quelques varices sur le membre inférieur gauche. Le 6 novembre la malade éprouva une frayeur intense avec perte de connaissance consécutive. Au réveil, elle sent s'écouler par le vagin, du sang en abondance (un quart de litre environ).

En même temps, elle prétend avoir éprouvé des douleurs analogues à celles de l'expulsion pendant quelques heures. Le jour suivant elle eut du ténesme vésical et rectal.

A l'examen on trouve :

Les organes génitaux externes et le vagin ne présentent pas de varices ; il y en a, mais elles sont peu prononcées au membre inférieur gauche.

De la vulve, il sort une tumeur rouge sombre de la grosseur d'un testicule, de la forme d'un rein, dont le hile est représenté

par le pédicule vaginal. Celui-ci peut être poursuivi à partir du bord gauche de l'hymen, qui contribue à sa formation, suivant la ligne médiane de la paroi vaginale postérieure, sur une longueur de 5 centimètres. Il est étroit et extensible.

La surface de la tumeur était un peu chagrinée et visiblement nécrosée. De sorte que, microscopiquement, on ne pouvait affirmer que c'était la muqueuse vaginale.

La muqueuse saine entourait à la façon d'un col le pédicule et arrivait jusqu'à la limite de la tumeur. La consistance de cette dernière était très dure, fibreuse.

Le 8 novembre on pratiqua l'ablation par excision dans le tissu sain et sutures à la soie.

A la suite il n'y eut pas de fièvre. Mais le traumatisme opératoire provoqua des contractions utérines et la femme avorta.

Observation IX. — Auvard.

La nommée C... (Annette), âgée de 28 ans, domestique, est fille d'un père atteint de varices et de hernies et d'une mère qui souffre d'hémorroïdes et d'un polapsus utérin.

Réglée à 14 ans, sans aucun trouble de la santé, elle voit régulièrement tous les 27 ou 28 jours. En 1889 elle eut une première grossesse ; c'est alors qu'apparurent de nombreuses varices aux membres inférieurs et à la vulve, elle fut même obligée de consulter un médecin pour des hémorroïdes. L'accouchement eut lieu à terme et produisit une déchirure périnéale médiane dont il reste une cicatrice de 1 centimètre de long. Les suites de couches furent normales et l'accouchée se leva le sixième jour ; elle eut son retour de couches le 5 janvier 1890.

Les dernières règles datent du 14 février suivant. Cette seconde grossesse a fait reparaître les varices et les hémorroïdes qui s'étaient affaissées à la suite de l'accouchement. En outre, la malade sentait à la vulve des bourrelets muqueux qui, parfois devenaient douloureux et finissaient par un suintement jaunâtre abondant. Pas de constipation.

Le 22 *octobre*, à 9 heures du matin, étant debout, elle se sentit

mouillée tout à coup ; en même temps une grosseur sortit par la vulve. Elle crut que c'était l'enfant ; et une sage-femme qui partageait son opinion l'envoya immédiatement à l'hôpital.

A son arrivée on put constater ce qui suit : une tumeur rouge foncée, grosse comme une noix,fait saillie hors de la vulve ; elle est recouverte d'une muqueuse exulcérée et saignant au moindre frottement ; sa consistance en ce moment est molle, fluctuante, nullement tendue. Par le toucher vaginal, on reconnaît qu'elle est rattachée à la paroi postérieure du vagin par un pédicule allongé verticalement qui commence à un centimètre au-dessus de l'orifice vaginal et remonte à trois ou quatre centimètres du col.

Le toucher rectal permet de s'assurer que la paroi du rectum ne prend aucune part à la constitution de cette tumeur ; elle n'est ni refoulée ni entraînée par celle-ci ; elle en reste entièrement indépendante.

D'autre part, la vulve présente un grand nombre de varices sous-cutanées et sous-muqueuses. Le tubercule antérieur du vagin est très volumineux. Enfin, l'examen de l'utérus montre qu'il est développé comme à huit mois de grossesse et que l'enfant se présente par le sommet en position gauche antérieure.

L'apparition brusque de la tumeur et ses caractères objectifs permettent à Mlle Hénault, sage-femme du service, de porter le diagnostic de thrombus du vagin dû probablement à la rupture d'une veine variqueuse. Ce diagnostic est confirmé le lendemain par M. Auvard.

On fait des injections au sublimé et la malade garde le lit. Il ne se produit aucun suintement.

Le 23, l'aspect de la tumeur a bien changé ; elle est maintenant noirâtre, dure comme un caillot, aplatie transversalement par la pression des cuisses ; elle mesure 5 centimètres 1/2 en hauteur et 3 centimètres 1/2 en largeur. Il est certain que le sang qu'elle contenait s'est coagulé ; cependant la pression ne produit pas de crépitation.

Le 24, la tumeur est encore plus dure que la veille, elle diminue

de volume à mesure que le caillot se rétracte ; une partie de la muqueuse qui la recouvre s'est mortifiée, détachée et flotte comme un lambeau à la surface.

Le 27, la muqueuse est complètement tombée et a laissé à découvert un caillot noir, ferme, adhérent solidement à la paroi postérieure du vagin. Aucune fétidité, pas de fièvre.

Le 29, le caillot est en partie désagrégé ; tout autour de sa base d'implantation on voit un liseré de bourgeons charnus indiquant que le travail de réparation s'effectue.

Le 31, le caillot tout entier s'est éliminé ; il reste au niveau de son pédicule une cicatrice allongée de haut en bas sur la paroi postérieure du vagin.

Le 1^er^ *novembre*, la malade sort complètement guérie.

Observation X. — Justo.

Argentine, 38 ans. Au huitième mois de sa seconde grosesse, après une marche forcée, voit apparaître à la vulve une tumeur. Justo consulté, constate la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, de couleur noire, à grand diamètre vertical, insérée sur la partie inférieure de la colonne postérieure du vagin par un pédicule de six centimètres de large sur un d'épaisseur. Pensant à un polype,il pratique l'extirpation après ligature du pédicule. Hémorragie veineuse considérable. Compression par la gaze iodoformée. Guérison en dix jours. L'examen microscopique démontre qu'il s'agissait d'un hématome ou thrombus. Les hématomes pédiculés du vagin sont rares.

Observation XI. — Tarnier.

La nommée S..., primipare,âgée de 18 ans, entre à la clinique le 2 décembre 1892 ; elle est alors enceinte de six mois et demi environ. A la suite d'un exercice violent, cette femme avait été prise le 1^er^ décembre 1892, à 9 heures du matin, d'un écoulement de moyenne abondance, sanguin d'abord puis aqueux,

qui dura jusqu'à 5 heures du soir. Peu de temps après, elle s'aperçut qu'une masse molle du volume d'une noix faisait saillie à la vulve. Cette masse fut repoussée par la malade et rentra dans le vagin. Dans la nuit suivante, suintement de sang. La malade entre alors à l'hôpital où elle arrive le 2 décembre à 5 heures du matin. Son linge est souillé de sang. M. Tarnier, à sa visite du matin, trouve dans le vagin,un corps mou allongé dans le sens vertical, qui paraît faire saillie hors de l'orifice du col ; mais, en contournant la tumeur avec le doigt, il s'aperçoit qu'elle adhère à la face postérieure du vagin par un pédicule assez large. Attirée hors de la vulve, la tumeur a le volume d'une noix ; ses parois sont lisses, violacées, sa consistance est élastique : on voit son pédicule qui adhère à la face postérieure du vagin, à l'union des trois quarts supérieurs avec le quart inférieur. La tumeur est foncée en couleur et ressemble à certaines anses intestinales étranglées. Le pédicule offre une teinte différente ; il est violacé. La couleur de la paroi vaginale est normale. L'écoulement sanguin persiste pendant 4 jours. L'état général est peu influencé. Le 7 décembre, à la suite d'une injection vaginale, expulsion d'une petite masse molle, courbée sur son bord. Pendant deux heures environ, le suintement persiste, mais il est très diminué ; puis il cesse tout à fait pour ne plus se reproduire. Le 8 décembre, Tarnier ne trouve plus de tumeur au toucher. L'examen au spéculum donne les renseignements suivants : dans le point où s'attache le pédicule du thrombus, on voit sur la muqueuse vaginale un relief linéaire verticalement dirigé de 1 centimètre 1/2 de longueur et de couleur violacée. La partie proéminente est granuleuse ; les parties qui l'avoisinent sont de couleur violacée, et cette teinte se perd peu à peu. Examinée après son expulsion, la tumeur offre les caractères suivants ; longueur 3 centimètres environ, bord convexe mousse et lisse ; bord concave déchiqueté, largeur 7 à 8 millimètres. La malade quitte la clinique vers le 15 décembre et y revient accoucher le 10 février 1893.

Observation XII. — Queirel.

Au n° 8 de la salle des femmes en couches vous avez vu une femme de 19 ans, primipare, accouchée depuis huit jours. L'accouchement et la délivrance ont été spontanés, l'enfant se présentait par le sommet en O. I. G. A. et pesait 3.000 grammes. L'allaitement a commencé dans de bonnes conditions, les suites de couches sont apyrétiques. Ce cas ne présente donc rien de particulier, ni au point de vue de la parturition, ni au point de vue de la délivrance, ni au point de vue du post-partum ; mais il n'en est pas ainsi de la grossesse, qui nous fournit une particularité intéressante sur laquelle je veux attirer votre attention. Si nous remontons à deux mois, la plupart d'entre nous se souviendront m'avoir vu opérer cette femme d'une tumeur de la vulve ou plutôt du vagin. Voici l'histoire de la malade ; le 4 octobre elle nous est amenée à l'hôpital. La veille, non sans une scène violente, elle s'était, après une absence de quatre mois, réconciliée avec le père de son enfant. Il paraît que le coït fut assez impétueux, sinon brutal, car à la suite de cet acte elle fut prise d'une douleur violente au niveau du bas-ventre, puis sentit quelque chose qui la gênait et qui sortait au niveau de la vulve. Elle y porta les mains, et voyant qu'elle avait du sang, elle s'effraya, crut quelle allait avorter et se fit transporter à l'hôpital.

Nous la trouvons dans son lit, le 4 au matin, avec la figure rouge, vultueuse, le pouls fréquent, la température à 38°, la vulve endolorie et suintant un peu le sang.

A l'exemen des parties génitales nous trouvons, sortant de l'orifice vaginal, une tumeur piriforme grosse comme un œuf de poule, violacée, noire par places, et écartant les grandes et les petites lèvres qui sont sillonnées de varices principalement du côté gauche. Prise entre les doigts, cette tumeur est tendue, résistante, mobile, et on trouve qu'elle est rattachée à la paroi postérieure du vagin sur la ligne médiane. Au lieu d'implantation de la tumeur il existe un pédicule long de 5 à 6 centimètres

commençant en avant à un centimètre de la fourchette. Les dimensions de la tumeur sont de dix centimètres dans son diamètre longitudinal et de cinq centimètres dans le transverse. Elle présente une surface muqueuse, dépolie, semblant prête à se sphacéler, laissant voir par transparence du sang qui vient sourdre à travers les éraillures de cette muqueuse vaginale. Le toucher rectal montre qu'elle siège en avant de la cloison recto-vaginale qui est complètement libre.

Observation XIII. — Schachmann.

Marie A..., âgée de 21 ans, domestique, entre à la maternité de Lariboisière, service de M. Maygrier, le 8 novembre 1897.

Antécédents héréditaires. — Père vivant et bien portant. Mère morte de variole hémorragique en 1876 à Rouen. La malade a deux frères bien portants ; deux sœurs dont une a des varices très développées (après 7 accouchements), l'autre a des hémorroïdes.

Antécédents personnels. — La malade a été élevée au biberon et n'a marché qu'à 2 ans. Pas de maladie d'enfance. Primipare réglée à 13 ans sans douleur pendant 3 ou 4 jours ; le sang coule toujours abondamment. Elle a des hémorroïdes, peu fluentes depuis deux ans. Les dernières règles datent du 25 avril.

La malade n'a pas eu de malaises ni de vomissements. Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus à la fin du mois d'août.

A la suite d'un voyage de Trouville à Paris répété deux fois en huit jours, elle a eu une forte hémorragie génitale le 3 octobre avec expulsion de caillots, douleurs dans les lombes, le bas-ventre et à la vulve.

La sage-femme consultée, dit qu'il s'agit d'un commencement de travail prématuré. La malade reste couchée pendant trois jours et prend des injections très chaudes. Les pertes sanguines n'ont duré que 10 ou 12 heures environ.

Au bout de trois jours la malade se lève. Le 8 novembre, autre hémorragie, un peu moins abondante, spontanée, avec dou-

leurs vulvaires. En même temps envies fréquentes d'uriner et d'aller à la selle.

En se garnissant, la malade s'aperçoit qu'une tumeur sort par la vulve. A ce moment les douleurs ont présenté un caractère expulsif, mais elles ont cessé presque complètement et tout de suite, de sorte que la malade continue son ouvrage depuis 11 heures du matin jusqu'à 5 heures du soir. Quand elle se présente à l'hôpital, l'examen à son arrivée donne les résultats suivants : Femme d'un excellent état général ; pas de fièvre, douleurs peu intenses. Dans la vulve entrebâillée, on voit une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. La couleur en est rouge très foncé lie de vin, avec des veinosités à la surface, elle est en outre recouverte d'une mince couche de caillots. Elle est lisse, dure, tendue, rénitente, douloureuse au palper.

Par le toucher on constate que cette tumeur ovoïde s'implante par un pédicule large et mince sur la colonne postérieure du vagin. Le pédicule commence à un centimètre en arrière de la fourchette et remonte le long de la paroi vaginale postérieure jusqu'à environ trois à quatre centimètres du col de l'utérus. Le pédicule étendu en longueur n'a qu'une hauteur de un centimètre et demi environ.

La tumeur déborde le pédicule en avant et en arrière par un bec mousse.

En faisant pousser la femme, la tumeur sort presque entièrement hors des organes génitaux, et on peut voir que la coloration de la muqueuse du pédicule est absolument normale, et que cette muqueuse se continue sans démarcation aucune avec celle de la paroi vaginale postérieure. Du reste la coloration de la muqueuse vaginale est normale.

Il y a très peu de varices à la vulve et aux membres inférieurs.

Par le toucher rectal, on sent sur la paroi extérieure du rectum, au niveau du pédicule de la tumeur, un petit enfoncement, dû probablement à la traction exercée par la tumeur.

La malade se plaint de ténesme vésical et rectal. La première impression que produit la tumeur est celle d'une rectocèle en-

flammée ; ce n'est qu'après le toucher vaginal minutieux et le toucher rectal qu'on arrive à faire le diagnostic de thrombus du vagin.

La tumeur est réduite après antisepsie préalable, et maintenue dans le vagin par un petit tampon de gaze iodoformée et un bandage en T.

Le lendemain la tumeur a un peu diminué de volume : la muqueuse qui la recouvre est moins lisse ; elle présente des bosselures, la rénitence est moindre. On continue le même mode de traitement et injection de sublimé deux fois par jour.

Graduellement, la tumeur diminue sans qu'il y ait écoulement de sang ni élimination de caillots.

Au bout de huit jours, la tumeur a presque entièrement disparu. Il n'en reste qu'un petit bourrelet, le long de la colonne postérieure du vagin.

La malade sort sur sa demande ; elle n'est plus revenue dans le service, de sorte qu'on ne peut savoir si le pédicule est resté ou s'est effacé.

Observation XIV. — Brindeau.

Il s'agit d'une nommée L.., âgée de 33 ans, primipare, qui s'est présentée à la maternité de Saint-Louis pour y accoucher le 10 juillet 1903. A son arrivée la dilatation était de 5 francs, membranes intactes. La sage-femme qui a pratiqué l'examen n'a rien remarqué de particulier au niveau du vagin.

La femme est envoyée chez une sage-femme agréée. Accouchement spontané après dix heures de travail. Période d'expulsion ayant duré une heure, délivrance normale. Deux jours après l'accouchement, la sage-femme en faisant la toilette externe s'aperçoit de la présence d'une petite tumeur violacée qui apparaît entre les petites lèvres. A ma visite qui eut lieu le sixième jour, la sage-femme me signale cette particularité. En écartant les petites lèvres, on aperçoit en avant et à gauche une petite tumeur du volume d'une cerise qui siège immédiatement en dehors de la colonne postérieure du vagin. Elle est d'un rouge violacé. Par le

toucher on la sent qui remonte parallèlement à la colonne postérieure sur une longueur de 6 à 7 centimètres. Elle est reliée au vagin par un méso, ce qui permet de lui donner quelques mouvements de latéralité. Consistance rappelant celle du testicule. On ne fait aucun traitement. La malade est revue à sa sortie au dixième jour, même état. Pas de nouvelles depuis. Il est impossible de savoir si cette femme présentait cette tumeur pendant sa grossesse, mais la sage-femme de l'hôpital dit n'avoir rien remarqué.

Observation XV. — Gilles.

Mme X..., enceinte de huit mois et demi, vient me consulter le 17 juillet 1906 pour une tumeur apparue au niveau des organes génitaux.

Il s'agit d'une primipare, âgée de 22 ans, sans antécédents pathologiques héréditaires ou personnels intéressants à relater.

La tumeur est survenue à la suit d'un coït pratiqué une quinzaine de jours auparavant et à l'issue duquel la patiente a éprouvé une assez vive douleur.

L'examen de la vulve permet, en effet, d'apercevoir une tumeur implantée sur la paroi vaginale postérieure et occupant la ligne médiane.

Elle prend naissance en avant, dans la région de la fosse naviculaire, par une extrémité arrondie, passe au-dessous de la collerette hyménéale et remonte le long et dans l'épaisseur de la colonne postérieure.

Dans ce trajet, elle forme un relief de plus en plus saillant, puis elle finit à environ 5 centimètres en amont de l'orifice vulvaire, par un brusque renflement. Sa forme est cylindrique, son volume est celui d'un gros pouce, sa consistance est rénitente, pseudo-kystique. Quant à l'aspect de la tumeur, il diffère suivant la région que l'on considère.

En avant de l'hymen, sa surface est lisse, nacrée, sillonnée de fines arborisations vasculaires ; en arrière, elle est accidentée par le froncement de la paroi vaginale, et la muqueuse présente

à ce niveau une coloration sensiblement plus foncée que celle des parois avoisinantes.

Restent enfin deux autres particularités à signaler : défaut de sensibilité à la pression et mobilité très marquée dans le sens latéral, la tumeur oscillant très aisément d'un côté à l'autre, sous l'effort du doigt.

Le diagnostic de thrombus pédiculé du vagin est indiscutable.

Le reste de l'examen indique une présentation du sommet engagé en O. I. G. A. Enfant vivant.

Je revois la malade le 23 juillet ; malgré le repos auquel cette dernière a été soumise, je ne constate aucune modification de la tumeur.

Le lendemain vers 5 heures du matin, le travail se déclare ; il est très rapide, les contractions se succèdent à intervalles rapprochés. A 3 heures du soir la dilatation est complète, l'accouchement a lieu une demi-heure après. Enfant de 3 k. 200.

Au moment du dégagement de la tête, la tumeur refoulée vers le côté droit du bassin n'a subi aucune offense.

Les suites de couches ont été physiologiques. La régression de l'hématome s'est opérée graduellement. Il n'en restait plus trace le 10 octobre, jour où j'ai examiné la malade pour la dernière fois.

Observation XVI. — Mme Darcanne-Mouroux.

Mme X..., femme d'un industriel. Agée de 25 ans, elle a tou jours eu une excellente santé. Réglée à 13 ans, mariée à 19 ans.

Premièr accouchement en 1903.

Cet accouchement fut pratiqué par une sage-femme.

D'après les renseignements fournis par la famille, le travail dura 34 heures, la période d'expulsion fut si longue que l'enfant succomba. L'accouchement se termina sans intervention : présentation du sommet, gros enfant du s xe masculin. Pas de lésions sérieuses du périnée. Suites de couches normales.

Deuxième accouchement à terme auquel j'assistai le 19 mars 1905.

Présentation céphalique. Période de dilatation : 4 heures ;

période d'expulsion : 1 heure. Fille de 7 livres et demie. Délivrance rapide et normale. Pas de déchirure du périnée. Suites de couches normales.

Troisième accouchement à terme auquel j'assistai encore le 22 juillet 1907.

Présentation céphalique. Période de dilatation : 2 heures et demie ; période d'expulsion : une demi-heure. Garçon de 6 livres environ, délivrance aussitôt après la naissance. Pas de lésions du périnée. Suites de couches normales.

Suivant les coutumes déplorables du pays, aucun de ces deux enfants ne fut nourri au sein, et, malgré les remontrances répétées, la mère se leva du 8e au 10e jour après l'accouchement. Elle reprenait la direction de sa maison et se livrait elle-même à des travaux de ménage assez pénibles. C'est à ce lever précoce que l'on peut sans doute attribuer l'apparition d'un prolapsus de la paroi vaginale antérieure qui survint après le 2e accouchement.

Des varices des membres inférieurs s'étaient développées dans les derniers mois de la 3e grossesse et avaient persisté à un léger degré après l'accouchement.

Quatrième grossesse. Dernières règles 24 avril 1908. Au sixième mois de cette dernière grossesse, les varices des membres inférieurs devinrent douloureuses et gênèrent la marche au point de confiner la femme chez elle. Je constatai l'existence de grosses varices vulvaires assez douloureuses.

Le 17 janvier 1909, soit 15 jours avant l'accouchement, je fis les constatations suivantes. Hauteur utérine 31 centimètres, présentation céphalique, dos à gauche. Je pratiquai le toucher et je ne découvris rien d'anormal. Cystocèle de la grosseur d'un œuf de pigeon quand la femme poussait : légère rectocèle.

Le 31 janvier, dans la matinée, apparition des premières contractions douloureuses. Elles cessèrent dans l'après-midi pour réapparaître dans la journée du 1er février, mais comme ces contractions étaient faibles, on ne m'envoya pas chercher.

Je ne vis la parturiente que le 2 février à 1 heure du matin la dilatation était alors de 5 francs, les douleurs assez fortes et répétées. Je fus étonnée, en pratiquant le toucher vaginal, de

sentir une tumeur très lisse du volume d'une grosse noix. Cette tumeur était reliée par un méso de 3 centimètres environ à la colonne postérieure du vagin, mais un peu en dehors et à gauche de la ligne médiane. En faisant pousser la femme ou en saisissant la tumeur on amenait très facilement ce thrombus pédiculé hors de la vulve. Sa coloration était violacée, sa consistance très ferme, comme fibreuse, sa forme ovoïde ; la tumeur se déviait vers la grande lèvre gauche. En outre pendant que Mme X. .. poussait, on constatait une cystocèle accentuée et une légère rectocèle.

Je crois pouvoir affirmer que lorsque j'avais examiné cette dame 15 jours plus tôt, il n'existait rien de semblable.

Il y aurait eu plusieurs rapports sexuels dans le dernier mois de la grossesse. Mme X..., interrogée, ne se rappela avoir éprouvé aucune douleur vive, n'avoir fait aucun effort violent dans les derniers jours de sa grossesse.

A 3 heures du matin, la dilatation fut complète ; poche des eaux intacte, je la rompis au cours de la période d'expulsion, elle contenait une très faible quantité de liquide. La période d'expulsion dura 3 heures tandis qu'elle n'aurait été que d'une heure pour le deuxième accouchement et d'une demi-heure pour le troisième. Quand la tête fut parvenue au niveau de la tumeur vaginale, le dégagement parut gêné malgré les efforts expulsifs et soutenus de la parturiente ; la tête ne progressa plus ; cet arrêt dura près de trois quarts d'heure. Je glissai un doigt à gauche entre la tête et le thrombus et je m'efforçai de refouler la tumeur tandis que la femme poussait. Dès que le thrombus fut franchi la tête sortit dans un seul effort.

L'enfant du sexe féminin ne pesait pas 6 livres, la délivrance se fit simplement au bout de 55 minutes. Suites de couches normales.

L'accouchée s'entêta à se lever le dixième jour. Je constatai le quinzième jour après l'accouchement : la disparition des varices vulvaires, la grande diminution des varices des membres inférieurs, la situation normale de l'utérus, ce dernier étant en régression normale. Le thrombus pédiculé avait même volume et

même consistance que le jour de l'accouchement. Je parlai d'en pratiquer l'ablation (ce qui eût permis d'en faire l'examen histologique), mais Mme X... me répondit que cette tumeur ne la gênait nullement.

Dernier examen le 12 mars, au moment de rédiger cette observation, soit 5 semaines et 3 jours après l'accouchement. Le retour de couches n'a pas encore eu lieu ; l'utérus est revenu à son volume normal. Quant au thrombus pédiculé il a considérablement régressé, il présente le volume d'une petite cerise, couleur violacée, consistance comparable à celle d'une hémorroïde un peu tendue. Le méso s'est rétracté et il devient plus difficile de sortir la petite tumeur hors de la vulve. Les varices des membres inférieurs ont presque complètement disparu (1).

Observation XVII. — L. Funck-Brentano.

Il s'agit d'une nommée M..., âgée de 24 ans, primipare, ménagère, qui entre à la maternité de Saint-Antoine dans le service de M. Doléris, le 25 août 1909 à 7 heures du soir, parce qu'elle ressent quelques douleurs et qu'elle se croit en travail.

Les dernières règles remontent à la fin de novembre 1908 (du 28 au 30). Cette femme ne peut donc pas être à terme. La hauteur utérine est de 31 cent. 1/2. L'enfant se présente par l'extrémité céphalique dos à gauche. En pratiquant le toucher on découvre l'existence d'une tumeur sanguine située à la partie inférieure de la paroi postérieure du vagin que l'on voit très bien quand on écarte les petites lèvres et qu'on fait pousser la femme.

Durant la nuit les douleurs disparaissent complètement.

Le lendemain matin je pratique l'examen et constate qu'il s'agit d'un cas de thrombus superficiel et pédiculé du vagin.

Ce que ce thrombus présente de particulier, c'est : 1° sa forme et 2° la brièveté de son pédicule qui n'existe réellement que

(1) Madame Darcanne-Mouroux dans un nouvel examen pratiqué plus de deux mois après l'accouchement a constaté que la femme en question ne présentait plus trace de varices, tant aux membres inférieurs qu'à la vulve. Quant au thrombus il existait toujours et n'avait guère subi de modifications régressives depuis le 12 mars.

quand on exerce une traction sur la tumeur en l'attirant en dehors de la vulve, ce qui se fait très facilement.

Comme dans toutes les observations publiées, ce thrombus siège sur la colonne postérieure du vagin, son extrémité inférieure étant distante de la fourchette de 3 cent. 1/2 environ. Attiré au dehors ce thrombus a la forme et le volume d'une grosse noix, mais examiné en place, après avoir écarté les grandes et les petites lèvres et après avoir déprimé la fourchette, on voit qu'il a une forme incurvée intermédiaire à celle du rein et du corps thyroïde.

La convexité de la tumeur est dirigée en bas. Sur la ligne médiane elle mesure une hauteur d'environ 4 centimètres. Elle est symétrique et ses parties latérales remontent à la même hauteur de chaque côté de la colonne postérieure du vagin.

Sa couleur est celle du raisin noir. Si, comme dans la première observation que j'ai publiée (Voir observation I), l'hématome siège dans l'épaisseur du derme de la muqueuse, il est probablement situé à un niveau un peu plus profond. Le revêtement est continu cette fois. Le sang ne suinte pas à sa surface. Il semble bien que la masse sanguine ayant rencontré sur la ligne médiane une certaine résistance n'a pu entrainer la muqueuse comme elle le fait habituellement et s'est étalée sur les parties latérales en remontant un peu de chaque côté.

C'est ce qui expliquerait également la brièveté du pédicule qui existe, mais ne se caractérise réellement que quand on cherche à attirer le thrombus au dehors.

Il n'existait pas trace de varices au niveau des organes génitaux. Au niveau des membres inférieurs le réseau veineux sous-cutané était apparent, mais les varices faisaient également défaut.

Le dernier rapport remonterait au mois de mars. En mai, en allant à la selle, la femme s'aperçoit à plusieurs reprises qu'un peu de sang était mélangé aux matières, mais depuis lors elle n'a plus rien constaté d'anormal et n'a ressenti de gêne d'aucune sorte.

Voyant qu'elle n'était pas en travail, la femme quitte la maternité et n'est pas revenue accoucher dans le service.

DÉFINITION

Le thrombus superficiel et pédiculé du vagin est une tumeur qui cliniquement se caractérise par un hématome d'un volume variant de la grosseur d'une pomme à celle d'une cerise, relié par un pédicule plus ou moins long à la partie inférieure de la colonne postérieure du vagin. L'histologie a montré que dans un cas au moins (1re obs. Funck-Brentano) elle était constituée par une hémorragie s'étant faite au sein d'un plexus variqueux et siégeant dans l'épaisseur du derme de la muqueuse vaginale.

En est-il toujours ainsi ? C'est possible, mais il faudrait de nouveaux examens pour nous fixer définitivement.

Le mot de *thrombus* pour désigner la tumeur dont nous nous occupons a été trouvé impropre. Mais il nous a semblé que nous devions conserver ce terme employé jusqu'à présent par tous les classiques, l'unique examen microscopique qui ait été fait justifiant d'ailleurs cette dénomination.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen microscopique fait par M. le Dr Durante (à propos de la première observation de M. Funck Brentano) étant la seule étude histologique qui ait été faite du thrombus pédiculé, nous croyons ne pouvoir mieux faire que de la reproduire dans ce chapitre.

« La paroi de l'hématome est formée par l'épithélium du vagin plus ou moins modifié.

« En certains points, cet épithélium est représenté par des cellules cubiques ou cylindriques stratifiées, se colorant vivement. Ailleurs ces éléments œdématiés, distendus parfois par une vacuole refoulant leur noyau, prennent une forme plus arrondie. Ailleurs enfin, on ne retrouve qu'un ou deux rangs de cellules altérées, prenant mal la coloration.

« La surface épithéliale n'est pas régulière. Elle présente des éminences, des papilles plus ou moins prononcées, au centre desquelles existe un capillaire qui semble comme se coiffer de la muqueuse réduite à une faible épaisseur d'éléments généralement malades.

« Au-dessous de ce revêtement épithélial existe une couche de tissu cellulaire œdémateux où rampent des capillaires distendus. Cette couche est généralement très mince : mais par places elle prend un peu plus d'importance et forme l'enveloppe du kyste en quelques points où le revêtement épithélial dégénéré semble avoir disparu.

« Plus profondément, l'hématome est constitué, non pas par un simple caillot, mais par un tissu cellulaire organisé, dissocié par une hémorragie.

« A un faible grossissement, la coupe semble formée par une infinité d'énormes vaisseaux à paroi mince et distendus de sang. Ces vaisseaux sont séparés les uns des autres par des nappes conjonctives infiltrées de sang.

Fig. 2. — Parenchyme de la tumeur. Plexus veineux avec hémorragies interstitielles. Grossissement : 25 d.

« En fait il ne s'agit donc pas ici d'un kyste hémorragique proprement dit : la tumeur s'est développée dans un tissu préexistant constitué par un dense réseau vasculaire. Il existe normalement à ce niveau dans la muqueuse, au cours de la grossesse, un très dense plexus veineux turges-

cent et nous aurions affaire à une hémorragie de ce plexus variqueux (fig. 2).

« La rupture de ces vaisseaux à paroi mince, sous l'influence peut-être d'un traumatisme léger, agissant d'autant plus facilement que ces éléments étaient altérés par une nutrition défectueuse, a déterminé une hémorragie interstitielle qui a constitué la tumeur.

« Du côté de la muqueuse, il faut noter l'œdème du

Fig. 3. — *a*, Epith. vaginal œdémateux ; — *b*, Epith. vaginal presque normal ; — *c*, Mince couche de tissu cellulaire œdémateux sous-épithélial ; — *d*, Hémorragie : Grossissement 215 d.

revêtement épithélial et de la couche immédiatement sous-jacente ; cet œdème est antérieur à l'hémorragie et l'on peut y rattacher la dégénérescence de l'épithélium en certains points (fig. 3).

« Il se peut qu'il fut sous la dépendance des distensions variqueuses anormales sous-jacentes, mais il existe normalement, croyons-nous, un léger œdème avec tuméfaction des cellules épithéliales dans le vagin gravide.

« En résumé, cette tumeur siège dans l'épaisseur du chorion de la muqueuse vaginale. Ce n'est pas un hématome pur, mais bien une hémorragie au sein d'un plexus variqueux. Elle a été précédée d'un développement anormal des capillaires en ce point et d'un œdème interstitiel et épithélial qui, en entraînant la dénutrition des parois vasculaires, a pu faciliter leur rupture sous l'influence d'une cause légère. »

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

A quelles raisons peut-on attribuer l'apparition d'un thrombus pédiculé du vagin? Plusieurs causes ont été incriminées. Les efforts, les fatigues, le coït ont surtout paru favoriser cet accident.

Il est à remarquer que dans presque tous les cas les femmes étaient jeunes. Quatre seulement avaient plus de 24 ans.

La parité est indiquée 16 fois : 13 fois il s'agit de primipares, 3 fois de secondipares, une seule fois d'une grande multipare (cas de Mme Darcanne-Mouroux).

« Au sujet de l'existence de varices au niveau de la vulve et du vagin, dit M. Funck-Brentano, l'on n'est renseigné que 11 fois : 7 fois ces varices étaient très développées (cas de Fehling, Auvard, Queirel, Anderson, Fleischmann, 1er cas Funck-Brentano, Darcanne-Mouroux) ; 2 fois elles existaient, mais peu accusées (cas de Budin et de Schachmann) ; dans deux cas seulement elles auraient entièrement fait défaut (cas de Grosser et 2e cas de Funck-Brentano). Il y a là une fréquence qui impressionne et qui est bien en rapport avec les renseignements que nous donne l'examen microscopique.

« Ce qui d'autre part, prouve bien que l'état des vaisseaux joue un rôle dans la production de ces hématomes, c'est l'époque à laquelle ces derniers font leur apparition.

Nous avons vu qu'ils n'ont jamais été observés que dans la seconde moitié de la grossesse et l'on sait que les modifications que cette dernière apporte dans la vascularisation des parois vaginales vont en s'accusant à mesure que l'on approche du terme. »

Dans une seule observation, celle de Brindeau, on constate l'existence d'un thrombus pédiculé après l'accouchement. Dans tous les autres cas la tumeur a été reconnue au cours de la grossesse, et cela toujours durant la seconde moitié, le plus souvent dans les deux derniers mois.

« Mais, dit M. Funck-Brentano, même dans le cas de Brindeau on peut se demander si ce petit thrombus n'a pas passé inaperçu à l'examen fait pendant le travail et s'il n'existait pas déjà avant.

« En effet, Gilles, dans son observation rapporte l'histoire d'une femme chez laquelle il avait constaté sept jours avant l'accouchement l'existence d'un de ces thrombus du volume d'un gros pouce : « Au moment du dégagement « de la tête, la tumeur refoulée sur le côté droit du bassin « n'a subi aucune offense et ce n'est qu'après que l'hématome a opéré graduellement sa guérison. »

Une autre observation intéressante à ce propos est celle de Mme Darcanne-Mouroux. Ce fut pendant la période de dilatation que le thrombus fut découvert ; l'ablation ne fut pas pratiquée. Mais la tumeur du volume d'une grosse noix parut être une cause de dystocie. La période d'expulsion en effet fut beaucoup plus longue que pendant l'accouchement précédent : elle dura trois heures. L'hématome

ne souffrit pas des froissements qu'il avait pu subir. Plus de deux mois après il avait encore la grosseur d'une petite cerise.

Mais si le mauvais état, la fragilité des parois vasculaires d'une part, la primiparité de l'autre, paraissent être deux causes prédisposantes, elles ne peuvent expliquer la pédiculisation du thrombus.

Nous savons que pendant la dernière moitié de la grossesse, le vagin, le périnée, tous les organes génitaux externes se ramollissent afin de se laisser distendre plus facilement par le fœtus. Ce ramollissement est si net que certains accoucheurs sont allés jusqu'à en faire un signe de grossesse, prétendant qu'un doigt exercé ne peut se tromper à la sensation que l'on perçoit en faisant un toucher vaginal chez une femme enceinte de plus de cinq mois.

Donc un hématome pour une cause quelconque s'étant formé dans l'épaisseur du derme de la muqueuse vaginale pourrait, grâce à ce ramollissement, distendre celle-ci à l'excès. D'autre part cette masse sanguine insérée sur la paroi postérieure tendrait à être chassée du vagin soit par son propre poids soit par les efforts de la malade et allongerait son insertion en se pédiculisant.

Le moment de la grossesse où se produisent ces hématomes, d'autre part leur régression plus ou moins rapide après l'accouchement au moment où les tissus reprennent leur élasticité physiologique semble bien confirmer cette opinion.

En lisant toutes les observations de thrombus qui ont été publiées l'on voit que c'est toujours au même endroit

que se fait l'insertion de la tumeur ; c'est sur la partie inférieure de la colonne postérieure du vagin, sur la ligne médiane ou dans son voisinage immédiat. Budin ayant eu l'occasion de constater un cas de thrombus pédiculé rechercha dans la littérature médicale s'il existait d'autres cas semblables, il fut surtout frappé par l'observation de Johannovsky qui avait pour titre hématome d'un septum rudimentaire du vagin chez une femme enceinte de cinq mois. C'est alors qu'il a émis l'hypothèse que ces thrombus pédiculés étaient le résultat d'une hémorragie se produisant dans l'épaisseur de la colonne postérieure du vagin, anormalement développée par suite de la disparition incomplète de la cloison qui séparait primitivement les canaux de Müller. Mais, comme le fait remarquer M. Funck-Brentano, le cas de Johannovsky est le seul où il existait vraiment un septum rudimentaire faisant saillie sur la paroi postérieure du vagin et dans ce cas l'hématome était développé non dans l'épaisseur de ce septum mais au niveau de son bord libre.

Nous savons que les canaux de Müller qui forment le milieu dans le cordon génital sont accolés l'un à l'autre, qu'ils se soudent dans la partie moyenne de leur segment terminal. Si on les suit en commençant par en bas, on voit qu'ils sont distincts, mais plus haut on les trouve confondus en un seul, plus haut encore ils sont de nouveau séparés. Enfin leur soudure s'achève dans leur portion terminale et ils sont confondus dans toute leur portion inférieure.

C'est pourquoi (M. Queirel l'a fait judicieusement observer), la résorption de la colonne intermüllérienne se

faisant progressivement de haut en bas, le fait de ne rencontrer le thrombus pédiculé qu'à la partie inférieure est tout à fait contraire à la théorie de Budin.

« Si l'insertion du pédicule suit la ligne médiane, dit M. Funck-Brentano, n'est-ce pas simplement parce que c'est la partie la plus saillante de la colonne postérieure, celle où les frottements se font le plus sentir et surtout parce que c'est le long de cette colonne que siègent ces plexus variqueux, au niveau desquels se forme le thrombus pédiculé, comme le prouve l'examen microscopique de Durante? »

Cet examen montre que la tumeur siégeait dans l'épaisseur du chorion de la muqueuse vaginale. Ce n'était pas un hématome pur, mais bien une hémorragie au sein d'un plexus variqueux. Elle avait été précédée d'un développement anormal des capillaires en ce point et d'un œdème interstitiel et épithélial qui en entraînant la dénutrition des parois vasculaires avaient pu faciliter leur rupture sous l'influence d'une cause même légère.

Il s'agissait donc, on le voit, d'une hémorragie s'étant faite au sein d'un plexus variqueux et siégeant dans l'épaisseur du derme de la muqueuse vaginale.

« Mais, dit M. Funck-Brentano, pourquoi l'implantation de ces thrombus se fait-elle toujours au même endroit? Dans toutes les observations le pédicule de la tumeur s'insère sur la partie inférieure de la colonne postérieure du vagin. Est-ce là l'effet d'un simple hasard? Nous ne le croyons pas.

« Quand on pratique le toucher chez une primipare dont le releveur de l'anus se contracte, ce qui d'ailleurs se

produit souvent au moment de l'examen, le doigt qui pénètre, après avoir franchi l'orifice vaginal, butte presque aussitôt sur la paroi postérieure du vagin, soulevée par la contraction du muscle. La partie la plus étroite n'est pas au niveau du point où s'insérait l'hymen mais un peu plus haut, là où le releveur contracté resserre le conduit vaginal. Une fois que le doigt a franchi ce détroit, au-dessus duquel les parois du vagin sont souples et extensibles, il se trouve dirigé beaucoup trop en avant. Pour aller dans la direction du col, il est obligé de se reporter très en arrière et de descendre l'autre versant du dos d'âne qu'il vient de contourner. Le doigt recourbé en crochet peut alors très bien se rendre compte du relief semi-lunaire que forme le releveur en soulevant la paroi vaginale. Ce relief est surtout accusé en arrière et se termine inférieurement par un bord mousse qui chez certaines femmes, quand le releveur est bien contracté, rappelle le bord antérieur de l'aileron sacré. Ce bord croise transversalement la colonne postérieure du vagin, en un point que nous avons toujours trouvé distant de la fourchette d'environ 4 centimètres. L'on voit donc, que la partie de la colonne postérieure qui est soulevée par le releveur est exactement celle où siège toujours notre variété de thrombus.

« Au moment de la contraction du releveur, la muqueuse vaginale repose à ce niveau sur ce bord dur et transversalement dirigé et l'on comprend très bien qu'elle soit de ce fait plus vulnérable en ce point, soit au moment du coït, soit au moment des efforts qui s'accompagnent du

glissement de haut en bas, du frottement de la paroi antérieure sur la paroi postérieure du vagin. »

Ce ne sont pas les quelques fibres qui existent entre le vagin et le rectum qui ont une action quelconque, mais la forte sangle qui passe derrière l'intestin. C'est elle, qui au moment de la contraction soulève la paroi postérieure du vagin.

Il est facile de se rendre compte qu'en faisant, avec M. Funck Brentano, intervenir le releveur de l'anus dans la formation des thrombus pédiculés on peut expliquer, d'une part, le siège invariable de cette tumeur et d'autre part, on peut comprendre pourquoi cet accident se montre presque uniquement chez des primipares où le muscle possède encore toute sa puissance.

SYMPTOMATOLOGIE

L'existence d'un thrombus superficiel et pédiculé du vagin ne se révèle pas toujours de la même façon.

Souvent c'est une surprise d'examen. La malade vient consulter le médecin pour des hémorragies qui lui font craindre quelque accident dans le cours de sa grossesse. Si elle sait qu'un avortement débute souvent par des pertes de sang, c'est à cette cause qu'elle les attribuera. Mais le toucher montre un col utérin fermé et normal et le doigt rencontre la tumeur dont il découvre l'insertion sur la colonne postérieure du vagin.

Parfois ce sont des douleurs pelviennes, plus souvent des sensations de pesanteur qui l'incitent à pousser. Elle prend ces sensations pour des symptômes de fausse couche. Et c'est le médecin consulté qui diagnostique le thrombus.

D'autres fois, au contraire, à la suite d'un effort, d'une fatigue et même sans cause appréciable, la femme se sent mouillée, porte la main à la vulve et y découvre l'hématome.

Enfin un coït douloureux révèle à la femme quelque chose d'anormal dans le vagin. L'examen apprend qu'il s'agit d'un thrombus.

Le symptôme le plus constant est l'hémorragie, qu'elle soit assez violente, ou qu'elle ne consiste qu'en un léger suintement sanguin.

Jusqu'alors on a constaté cette tumeur uniquement chez des femmes enceintes d'au moins 5 mois.

L'aspect du thrombus pédiculé du vagin n'est pas toujours le même, mais la plupart du temps, il a l'apparence d'une anse intestinale étranglée, sphacelée même.

Sa consistance est variable. Mou et dépressible au début, il devient dur et prend une consistance rappelant celle du rein (L. Funck-Brentano), état dû à la coagulation du sang.

Quant au volume, il n'est jamais très considérable, il a été comparé à celui d'une pomme (Fehling), d'un œuf de poule (Johannovsky, Budin, Justo, Anderson, Fleischmann, Queirel, Funck-Brentano), d'une noix (Auvard), d'une cerise (Brindeau). Sa forme est généralement arrondie, peut-être un peu aplatie d'un côté à l'autre.

La tumeur est toujours rattachée à la paroi postérieure du vagin par un pédicule, comme on peut le voir dans les 17 observations que nous publions.

Ce pédicule, qui est surtout très apparent lorsqu'on exerce des tractions sur la tumeur (on peut même quelquefois ne le voir que dans ce cas), s'insère sur la partie inférieure de la colonne postérieure du vagin. Son extrémité inférieure commence à environ 3 centimètres de la fourchette pour remonter plus ou moins haut dans l'intérieur du vagin, mais, elle croise toujours l'endroit où le releveur sangle la face postérieure du rectum.

Son épaisseur est variable, mais cependant il est mince la plupart du temps, puisqu'il est produit par l'accolement de deux muqueuses.

Sa coloration est celle du vagin. Sa longueur atteint généralement 1 à 3 centimètres. Mais quelquefois il

s'allonge tellement qu'il arrive à mesurer, comme dans l'observation de Reich, une longueur de 15 centimètres.

Au toucher rectal on remarque, lorsqu'on exerce des tractions sur la tumeur, l'existence d'un léger cul-de-sac de la paroi antérieure du rectum. Ce cul-de-sac s'efface et disparaît presque toujours quand on fait rentrer le thrombus dans le vagin.

On ne note qu'une fois la rétention d'urine (Schachmann).

Pas de température anormale à moins d'une infection secondaire.

DIAGNOSTIC

La variété des symptômes subjectifs qui révèlent l'existence d'un thrombus pédiculé du vagin sembleraient rendre difficile le diagnostic, si les symptômes objectifs ne présentaient pas toujours les mêmes caractères, mais ceux-ci sont si nets, qu'il est difficile de se tromper. Tissier, dans l'article qu'il consacre au thrombus pédiculé du vagin dans le *Traité de l'art des accouchements* (Tarnier et Budin), écrit même qu'il est inutile d'établir un diagnostic différentiel.

Nous croyons cependant que certaines affections peuvent présenter quelques symptômes ressemblant à ceux du thrombus.

Les tumeurs variqueuses étant fréquentes, on pourra être tenté de les confondre avec un hématome pédiculé. Mais celui-ci diffère des tumeurs variqueuses par plusieurs caractères. Le tubercule antérieur du vagin est en général leur zone de localisation, tandis que le thrombus est toujours pédiculé sur sa colonne postérieure.

D'autre part, les tumeurs variqueuses sont mollasses, facilement réductibles. La station verticale fait augmenter leur distension, la station couchée la fait diminuer. L'aspect du pédicule dissipe d'ailleurs tous les doutes.

Cependant, les varices enflammées pourraient plus facilement causer une erreur à cause de leur dureté et de leur réductibilité difficile, mais les symptômes locaux facilitent

le diagnostic, et d'autre part elles ne vont pas sans certains accidents généraux que ne produit jamais le thrombus, à moins qu'il ne soit infecté.

Kystes du vagin. — Sont souvent multiples. Mais peuvent égarer le diagnostic, parce qu'ils augmentent de volume pendant la grossesse au moment où l'activité nutritive est très grande dans les organes génitaux. La coloration de la muqueuse ne change pas sur les kystes tandis qu'elle se fonce sur le thrombus. Leur presque transparence et fluidité, leur coloration sont des caractères bien différents de ceux du thrombus.

La rectocèle. — Le toucher rectal aura vite fait de nous éclairer.

Schachmann parle d'un *diverticule rectal kystique* pris pour un hématome pédiculé, mais c'est là une curiosité tellement rare que nous pouvons n'y jamais penser.

L'hémorragie qui existe presque toujours, plus ou moins forte, selon qu'il y a éraillure ou déchirure complète, peut faire croire à l'*avortement*, et ceci d'autant plus que la tumeur sort du vagin.

Il suffit de faire le toucher vaginal pour se rendre compte que le col utérin est fermé et normal, et d'autre part pour s'apercevoir que la tumeur s'implante sur la paroi postérieure du vagin.

PRONOSTIC

La conclusion que l'on peut tirer de la lecture des observations au point de vue du pronostic est que celui-ci est très bénin. L'hémorragie que l'on a vu se produire dans certains cas a rarement été sérieuse et pourra toujours être facilement arrêtée.

Un autre danger est l'infection de la poche favorisée par le sphacèle de la paroi. La septicité du vagin ou l'apport de quelques germes peut suffire pour faire suppurer le thrombus et produire une infection, qui vu l'état de grossesse, est toujours un danger à redouter.

Dans un cas (observation de Mme Darcanne-Mouroux), la tumeur semble avoir été une cause de dystocie et avoir prolongé de plusieurs heures la période d'expulsion. En pareil cas, il serait toujours facile de faire disparaître l'obstacle en supprimant la tumeur.

Une seule fois la grossesse est interrompue. Mais c'est à la suite de l'ablation du thrombus ; et Grosser attribue cet accouchement prématuré, avec raison nous semble-t-il, au traumatisme opératoire, d'autant plus que l'avortement eut lieu quelques heures seulement après l'intervention.

TRAITEMENT

Il doit être différent selon l'état de la tumeur.

Chaque fois que le thrombus pédiculé du vagin fera mine de se sphacéler, de s'infecter, il faudra immédiatement en faire l'ablation. Cette opération est si bénigne que même chez une femme enceinte elle ne présente aucun danger.

Mais, il faudra malgré tout employer la morphine en injections sous-cutanées, selon la méthode de M. le professeur Pinard, afin d'éviter tout travail prématuré.

Dans le cas d'une tumeur peu volumineuse, présentant une complète intégrité de son revêtement, l'ablation n'est pas formellement indiquée. Un cas surtout montre que l'on peut attendre la régression qui se produit d'ordinaire après l'accouchement, c'est celui de Gilles. Le thrombus ne se ressentit pas du passage du fœtus et disparut sans amener aucune complication.

Quant à la technique de l'opération, elle n'est soumise à aucune règle.

Si M. Queirel, en effet, après avoir mis une pince sur le pédicule du thrombus, fit quelques points de suture sous cette pince et enleva ensuite la tumeur d'un coup de bistouri, M. Funck-Brentano jugea inutile toute suture et

seule une petite artère qui s'était mise à donner l'obligea à recourir à un catgut.

On doit agir selon les circonstances. La forme et l'épaisseur du pédicule devront guider l'accoucheur dans sa conduite à suivre.

CONCLUSIONS

1° Le thrombus superficiel et pédiculé du vagin est une tumeur rare ; il n'a été possible d'en retrouver que dix-sept observations.

2° Il n'a jamais été constaté avant le cinquième mois de la grossesse. Dans plus des quatre cinquièmes des cas il s'agissait de primipares, et il existait le plus souvent des varices vulvaires.

3° Cliniquement, cette variété de thrombus est caractérisée par l'existence d'une tumeur sanguine dont le volume varie de la grosseur d'une pomme à celle d'une cerise, et qui est reliée par un pédicule plus ou moins long à la partie inférieure du vagin. Le point d'implantation a été le même dans toutes les observations publiées et répond à la partie du vagin qui est soulevée par le releveur de l'anus au moment de sa contraction.

4° Est-ce là l'effet d'un simple hasard ? Il se pourrait que non. Au moment de la contraction du muscle, la muqueuse repose à ce niveau sur un bord dur et transversalement dirigé. Elle sera de ce fait plus vulnérable en ce point soit au moment du coït, soit au moment des efforts qui s'accompagnent du glissement de haut en bas, du frottement de la paroi antérieure sur la paroi postérieure du vagin.

5° L'examen microscopique n'a été fait que dans un cas. Il a montré que la tumeur siégait dans l'épaisseur du cho-

rion de la muqueuse vaginale. Il ne s'agissait pas d'un hématome pur, mais d'une hémorragie s'étant faite au sein d'un plexus variqueux. Le développement anormal des capillaires et l'œdème interstitiel et épithélial qui sont sous la dépendance de la grossesse en entraînant la dénutrition des parois vasculaires, peut expliquer la rupture de ces dernières sous l'influence d'une cause même légère.

6° Jamais le thrombus n'a donné lieu à des complications bien sérieuses, et suivant les cas, on laissera cette masse sanguine se résorber toute seule, ou on procédera à son ablation. Ablation qui a toujours été des plus simples.

Vu :

Le Président de la thèse,
RIBEMONT-DESSAIGNES.

Vu :

Le Doyen,
D. LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Anderson. — *Hygiea*, Stockholm, 1884.

Auvard. — *Archives de Tocologie*, 1890, p. 789.

Brindeau. — *Comptes rendus de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie*, t. XI, janvier 1909, p. 9.

Budin. — *Progrès médical*, 1887, 2e série, t. V, p. 437.

— *Femmes en couches et nouveau-nés*, 1897, p. 13.

Darcanne-Mouroux. — *Comptes rendus de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie*, t. XI, avril-mai 1909, p. 109.

Fehling. — *Arch. f. Gynaek.*, Bd. X, 1876, p. 193.

Fleischmann. — *Prager med. Wochenschrift*, 1886.

Funck-Brentano. — *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie de Paris*, t. XI, séance du 11 janvier 1909.

Gilles. — *Revue pratique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie*, février 1907, p. 62.

Grosser. — *Ueber Vaginalhæmatom*, thèse de Halle 1889.

Johannovsky. — *Arch. f. Gynaek.*, Bd. XI, 1877, p. 376.

Justo. — *Anales del circulo Medico Argentino*, Buenos-Ayres, février 1892.

Schachmann. — *Le thrombus du vagin chez les femmes enceintes*. Thèse de Paris, 1898, p. 74.

Queirel. — *Annales de Gynécologie*, 1895, t. XLIII, p. 224.

Tarnier. — *Traité de l'art des accouchements*, 1898, t. III, p. 680.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-propos 7

Historique 9

Observations 13

Définition 39

Anatomie pathologique 40

Étiologie et pathogénie 44

Symptomatologie 51

Diagnostic 54

Pronostic 56

Traitement 57

Conclusions 59

Bibliographie 61

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne)